MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE
ENSEIGNEMENT DE LA 5E ANNEE
MODULE D'ENDOCRINOLOGIE

CAS CLINIQUE 11

Dr .Y.RAHEM
Maitre assistant en endocrinologie
Service endocrinologie CHU TIZI OUZOU unité Belloua

Un homme âgé de 50 ans consulté à nouveau car l'équilibre de son diabète se dégrade, avec des glycémies à jeun régulièrement autour de 1,5 g/L. Son HbA1c est à 9 %
Il est traité par metformine (3 cp à 850 mg) et n'avait pas toléré antérieurement un traitement par acarbose (Glucor®).
Son diabète évolue depuis une dizaine d'années.
Il est traité pour une HTA depuis une dizaine d'années par 2,5 mg de ramipril (Triatec®).
Son frère présente un diabète de type 2.
Ses antécédents comportent : une cholécystectomie, une crise de goutte il y a 1 an

À l’examen, vous notez qu’il pese 82 kg pour 175 cm; son poids a diminué de 2 kg sur l’année. Son tour de taille est à 102 cm.

Sa TA est à 145/90 mmHg.

Ses pouls périphériques sont présents mais ses reflexes ostéotendineux sont absents aux membres inférieurs et positifs symétriques aux membres supérieurs, avec de petits troubles de la sensibilité épicritique.

Son dernier bilan effectué il y a 3 mois montrait un fond d’œil indemne de rétinopathie diabetique, une créatininémie à 98

QUESTION N° 1:

Comment expliquez-vous la discordance entresa glycémieà jeun

et son HbA1c?

Quel est le mécanisme physiopathologique impliqué?

Réponse:

- **La glycémie à jeun est modérément élevée alors que le HbA1c est franchement pathologique**
- **Il existe probablement une flèche hyperglycémique postprandiale importante non prise en compte par les glycémies à jeun**
- **Il existe une dysfonction de la cellule bêta ne permettant plus de répondre à la demande en**

QUESTION N° 2:

Quelles mesures diététiques qualitatives pourraient optimiser la

situation en ce qui concerne l'équilibre glycémique?

Donnez des exemples propres à ce cas particulier.

Réponse:

- **Réduire les sucres simples (ex. : éviter les sodas, réduire la confiture, restreindre les confiseries, etc.)**
- **Employer des édulcorants au besoin**
- **Privilégier les glucides à index glycémique faible mais mesure difficile à mettre en œuvre (ex. : manger des lentilles, des pois chiches)**
- **Consommer des fibres solubles (ex. : manger des petits pois)**

QUESTION N° 3:

Que proposez-vous pour optimiser le traitement de son diabète au plan médicamenteux?

Justifiez et rédigez l'ensemble de son ordonnance initiale et de suivi.

Réponse:

- Associer à la metformine une gliptine (ex. : sitaglipine ou saxagliptine…) ou un insulinosécréteur (exemple) ou un agoniste GLP1

- Mettre en route une statine :

- **car gros risque cardiovaculaire évalué**
- **lors du diabète : atorvastatine 10 mg ou simvastatine 40 mg**

- Intensifier l'IEC, car :

Ordonnance initiale :

- **date**
- **monsieur X**
- **prendre :**
  - **- metformine 850 mg: 1 cp après chaque repas**
  - **- sitagliptine (Januvia®) 100 mg: 1 cp quotidien**
  - **- atorvastatine (Tahor®) 10 mg: 1 cp le soir**
  - **- ramipril (Triatec®) 10 mg: 1 cp le matin**
- **Docteur Y**

Ordonnance de suivi :

- **date**
- **monsieur X**
- **faire pratiquer :**
  - **dans 1 semaine : kaliémie, créatininémie**
  - **dans 8 semaines à jeun : CT, TG, HDLc, LDLc**
  - **tous les 3 mois : HbA1c**
- **Docteur Y**

QUESTION N° 4:

Il doit passer une TDM avec injection d'iode pour vérifier une image hépatique compatible avec un angiome en échographie.

Quelles sont les mesures à prendre vis-à-vis de son diabète?

Réponse:

- S'assurer que l'équilibre glycémique est acceptable avant

- Suspendre la metformine (au moins celle qui précède l'examen, ne la reprendre que 48 h après)

L'hydrater efficacement : 1 litre les 12 h

QUESTION N° 5:

Pourquoi est-il légitime de lui proposer un dépistage d'ischémie myocardique silencieuse?

Selon quelles modalités?

Réponse:

- **Oui, un dépistage d’IMS est recommandé, car il existe une forte possibilité d’IMS:**
  - **d’autant plus que gros risques cardiovasculaires : glomérulopathie, dyslipidémie avec HTG et HDLc abaissé, HTA insuffisamment contrôlée**
  - **d’autant plus qu’il est sportif**
- **Par ECG d’effort, certainement faisable chez cet homme sportif; si épreuve sous-maximale : scintigraphie au thallium-dipyridamole ou échographie sous**

QUESTION N° 6:

Le dépistage est négatif. Il revient cependant 2 mois plus tard avec une ulcération indolore de 1 cm de diamètre sous la tête du premier métatarsien D. Il n'a pas de signes locaux inflammatoires, il est apyrétique et ne présente pas de polynucléose. Sa CRP est < 5 mg/L.

De quel type de lésion s'agit-il?

Quel est son mécanisme le plus plausible ?

Réponse:

- Lésion de type mal perforant plantaire débutant

- Par neuropathie le plus probablement, car les

QUESTION N° 7:

Que proposez-vous comme exploration complémentaire indispensable minimaliste ?

Réponse:

- EMG inutile

- Radiographie du pied à la recherche de signes d’ostéite en regard

- Prélèvement bactériologique si aspect profond, fistulisé ou si ostéite

QUESTION N° 8:

Quels sont les principes du traitement de cette lésion ?

Réponse:

- **Vérification de la vaccination antitétanique**
- **Décharge du pied (commentaires : précisions relatives à l’importance et à la manière)**
- **Pas d’ATB systématique dans cette situation**
- **Pansement local et surveillance régulière de l’évolution**
- **Insulinothérapie seulement si équilibre glycémique non obtenu par les mesures de la QUESTION no 2**